c. 9

10.

Clinica Chirurgica propedeutica, diretta dal Prof. ANTONINO D'ANTONA

RIDUZIONE D'UNA LUSSAZIONE INTRACORACOIDEA DELL'OMERO

DOPO NOVANTA GIORNI

Con un nuovo mezzo di estenzione istantanea

PEI

Dott. GIOVANNI PASCALE

Estratto dal *Progresso Medico* 1887

COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

NAPOLI
SOCIETÀ IN ACCOMANDITA A. BELLISARIO E C.
Antico R. Stab. Tipografico de Angelis e figlio
Portamedina alla Pignasecca 44
1887

Clinica Chirurgica propedeutica, diretta dal Prof. ANTONINO D'ANTONA

RIDUZIONE D'UNA LUSSAZIONE

INTRACORACOIDEA DELL'OMERO

DOPO NOVANTA GIORNI

Con un nuovo mezzo di estenzione istantanea

PEL

Dott. GIOVANNI PASCALE

Estratto dal *Progresso Medico* 1887

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

NAPOLI
SOCIETÀ IN ACCOMANDITA A. BELLISARIO E C.
Antico R. Stab. Tipografico de Angelis e figlio
Portamedina alla Pignasecca 44
1887

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

Funzo Giuseppe del fu Tommaso, marinajo, nativo di Ortona a mare (Chieti), di anni 64, ammogliato con figli, è entrato in clinica il 26 marzo 1887.

Giovinotto, facendo il militare, ebbe blenorragia, ulceri veneree, adenite suppurata: venti anni fa sofferse febbri malariche a Pescara per 24 mesi; e cinque anni or sono, prese in America la febbre gialla, ma ne guarì completamente dopo 5 mesi.

D'allora è stato sempre bene sino al 25 decembre scorso, quando, nel passare da una barca all'altra, per schivare un morso di un cane, cadde ed andò colla spalla destra contro la banchina. Per potersi salvare, dovette nuotare solamente col braccio sinistro perchè non poteva muovere il diritto col quale era urtato. Stette per circa mezz'ora nell'acqua gelata e non si sarebbe salvato se non fossero venuti in suo ajuto due suoi amici.

Tirato fuori dall'acqua s'accorse che il braccio gli pendeva giù inerte lungo il tronco; e, nei tentativi di movimenti, questi riuscivano estremamente dolorosi. Ricoverò all'Ospedale Civico di Fiume, ove gli fu fatto un apparecchio immobilizzante e lasciato in sito per 12 o 13 giorni, trascorsi i quali fu mandato via come guarito; e non ostante l'infermo fosse ritornato parecchie volte, pure gli fu sempre detto che non aveva più nulla. Egli però si è accorto che, quantunque stesse un po' meglio, e potesse flettere bene l'antibraccio, pure non poteva muovere affatto il braccio ed i movimenti d'elevazione e di abduzione erano completamente aboliti. E similmente la sporgenza dura, resistente, ch'egli aveva notato superiormente, al di sotto dell'articolazione acromion-clavicolare nella parte anteriore, non era scomparsa.

Le dita della mano corrispondente erano come intormentite, vi avvertiva come un senso di torpore, nè poteva flettterle completamente: la sensibilità tattile era alquanto diminuita, ma la forza muscolare quasi normale.

Essendo una lesione antica e quindi scomparso ogni infiltramento flogistico od emorragico dei primi giorni, lo spostamento osseo si rileva in tutta la sua semplicità e precisione topografica — E di fatti:

All' ispezione si vede chiaramente come tutto il moncone della spalla destra è più sollevato, relativamente al sinistro, e con esso la clavicola, donde, all' esame, appajono più infossate le fossette sotto, e specialmente sopra-clavicolari. La spalla corrispondente è più raccorciata, nel senso, che la parte più esterna del moncone è più ravvicinata rilevantemente verso la linea mediana del corpo. Immediatamente al di sotto della clavicola, in corrispondenza della parete anteriore della cavità ascellare, si nota una sporgenza rotondeggiante, molto più visibile se noi osserviamo il paziente dal di dietro,

L' antibraccio è flesso sul braccio, ed il braccio è deviato: superiormente cioè è portato in avanti ed in alto, mentre il gomito è più allontanato dal tronco ed è portato in dietro ed in fuori.

Con la palpazione, in corrispondenza dell' apofisi spinosa della scapola, venendo dal di dietro verso il davanti, arrivando all'apofisi acromion. a sinistra, si sente, immediatamente al di sotto, un corpo duro, rotondeggiante, il capo dell' omero, che riempie la volta acromiale: a diritta invece il becco acromiale è perfettamente libero, anzi rilasciando il deltoide, si vede un appianamento notevole ed è possibile infossare il dito al di sotto. Anteriormente invece, al di sotto dell'apofisi coracoidea, a sinistra è possibile infossare il dito, a diritta per contrario si sente una massa dura, liscia, rotondeggiante, che poggia direttamente sulla parete toracica costale e che non si può contornare completamente; anzi l'asse del braccio si segue col centro di questa eminenza ossea, ed è deviato un po' in dentro, va a cadere in avanti della cavità glenoidea, mentre il gomito è deviato in dietro ed in fuori. Il becco coracoideo corrisponde nel mezzo, anzi un po' all' infuori del centro della testa omerale.

Il gran pettorale è sollevato, la parete anteriore dell'ascella, perciò, è allungata e più prominente, ed infossando le dita nel fondo di questa cavità s'avverte, per un piccolo tratto, la testa dell' omero profondamente; invece a sinistra no: anche l' arteria si sente pulsare.

I movimenti dell'articolazione affetta, da parte dell'infermo, sono stati e sono tuttavia impossibili, anzi egli è spesso costretto a sorreggersi il braccio colla mano dell' altro lato; i movimenti passivi poi riescono dolorosi e permettono solo una leggerissima abduzione ed una leggiera rotazione in dentro.

Da quest' esame objettivo e dall' anamnesi, ricordata dal-

l' infermo, risulta chiaro trattarsi d' una lussazione completa della testa dell' omero in avanti e propriamente lussazione *sottocoracoidea* e forse anche *intracoracoidea*. Difatti la testa omerale si raggiungeva appena nel fondo alto del cavo ascellare. Lussazione però che data da 95 giorni e che perciò ha contratti speciali rapporti, che noi esamineremo brevemente, per poter meglio apprezzare la difficoltà della sua riduzione, ed ove questa non riuscisse, stante l'assoluta richiesta dell' infermo, si procederebbe alla resezione.

Per la conformazione ed i rapporti speciali della cavità glenoidea colla testa dell' omero, le lussazioni di quest' articolazione sono facilissime e massime le anteriori. Ora, siccome anatomicamente si sa, che la capsula articolare non è capace di subire un allungamento maggiore di 2 c. m., egli è chiaro, che nelle lussazioni complete la testa dell' omero, per poter abbandonare il suo posto, deve rompere in un punto la capsula, e ordinariamente succede che, mentre la porzione inferiore e posteriore della capsula resta aderente e segue la testa dell'omero, la porzione superiore ed anteriore si arrovescia talvolta sulla cavità glenoidea.

Dall' altro canto il ligamento accessorio o coracoideo, che va alla capsula fibrosa coraco-omerale mantiene fissa la testa dell' omero sotto l' apofisi coracoide. Inoltre il tricipite, la tensione di tutti i tessuti e lo spasmo muscolare sono tutti fattori che contribuiscono a mantenere lo spostamento subito. Il quale una volta avvenuto, se non è prontamente ridotto, sorgono nuovi fattori, i quali poi rendono sempre più difficile la riduzione e questi sono:

1° si può colmare la cavità articolare e ciò o

a) per essudazione nell' interno e sua organizzazione consecutiva. Contribuisce a questo colmamento il fatto, che la sezione di capsula lacerata e distaccata dal collo anatomico dell' omero, cadendo sulla cavità glenoidea e prendendo aderenze viene compreso nella massa neoplastica flogistica;

b) per trasformazione fibrosa della cartilagine rimasto lungo tempo fuori funzione;

c) per accrescimento del tessuto osseo sottostante, non subendo esso più la solita pressione della testa dell' omero.

2° si possono creare aderenze coi tessuti vicini perchè la cartilagine della testa dell'omero non essendo più in contatto colla cavità glenoidea ma coi tessuti molli si trasforma in tessuto fibroso e contrae in parte, specialmente alla sua periferia, aderenze col tessuto connettivo circostante, scavandosi una specie di capsula nuova, che si adatta alla nuova posizione acquistata dalla testa omerale.

3° Tutti i ligamenti si accomodano, si adattano a queste nuove condizioni create dalla testa dell' omero.

4.° Un ultima conseguenza è, che il margine anteriore della cavità glenoidea per la pressione cui sottostà, si appiana e coi movimenti, per quanto limitati, vi si forma un appianamento quasi una superficie articolare, su cui si modella anche la testa omerale e viene a crearsi come una pseudoartrosi.

Sono tutte queste condizioni le quali rendono spesso difficile, e talvolta impossibile, ridurre la lussazione della spalla, e le indicazioni razionali sono appunto quelle che hanno per iscopo di ovviare a queste condizioni. Ecco in che modo:

Se fosse una lussazione recente, tutti i nostri sforzi nella riduzione dovrebbero esser rivolti a far percorrere alla testa dell' omero un cammino inverso a quello che ha percorso per la lussazione: nel nostro caso però l'ostacolo principale, come innanzi abbiamo dimostrato, è formato dalle nuove aderenze che si sono formate; e se non si distruggono queste la riduzione non può avvenire. Ora se noi facciamo la trazione per distacco diretto, può avvenire prima la rottura dei tessuti normali, già molto tesi, e specialmente dell' arteria e dei nervi, che già debbono supporsi abbastanza distesi e compressi. Perciò noi:

1.° cerchiamo di risolvere lo spasmo, la contrazione muscolare, mediante la cloroformizzazione profonda, completa;

2.° per far sì che si rompano quei tali legami nuovi e nel contempo non si distendano eccessivamente i tessuti sani; si imprimeranno alla testa omerale forti movimenti di rotazione in dentro ed in fuori, così i tessuti sani vengono poco distratti ed invece sono rotte le nuove aderenze: colla mano esercitata si percepisce nettamente la rottura dei legami fibrosi come in una rottura di una anchilosi o rottura fibrosa; ma oltre a ciò la mano esperta ha subito la sensazione di questa rottura.

3.° distrutti con ripetute manovre tutti questi abnormi legami, si procede alla riduzione così come si trattasse d'una lussazione recente; la manovra riesce molto difficile e spesso infruttuosa.

Giova qui ricordare che se nel fare la manovra di riduzione, come abbiamo detto, si trova in parte piena la cavità glenoidea, sarà sufficiente che la testa dell' omero si trovi ricondotta e mantenuta dietro l'apofisi coracoide, nella sua normale posizione, perchè la pressione poi farà il resto.

Il punto di presa per potere esercitare una forte trazione sarebbe naturalmente l'antibraccio e braccio esso però richiederebbe la posizione estesa dell'arto, nella quale tutti i muscoli (bicipite, coraco-braciale, nonchè i nervi e i vasi) sarebbero troppo tesi; per approfittare di questo punto di presa sull' antibraccio, si è applicato un forte apparecchio ingessato che dalla mano si estende sino al terzo inferiore del braccio, met-

tendo l'antibraccio in flessione ad angolo di 70° circa. Avremo così un forte punto di appoggio, e la trazione applicata su di esso si esplicherà naturalmente su tutto il braccio ed antibraccio. Così i lacci, applicati ordinariamente sulle carni, qui vengono invece attaccati sul robusto e solido apparecchio, il quale, nel trasmettere la trazione all' arto, preme su tutta la faccia anteriore dell' antibraccio e tutto il terzo inferiore del braccio.

La controestensione poi ha per iscopo di tener ben fissa la scapola al tronco; cosa abbastanza difficile; ed ecco perchè noi ai sostegni fisiologici abbiamo aggiunto una forte fasciatura che passa ad ansa al di sotto il cavo ascellare, si incrocia al di sopra ed in dietro della scapola e va a terminarsi ad un punto fisso solido.

Cosicchè questo potente laccio controestensivo forma uno stretto anello dal quale esce solo il moncone della spalla e stringe circolarmente il margine ascellare della scapola in sotto; spina della scapola in sopra ed in dietro, e clavicola in sopra ed in avanti. Premesso ciò, ecco la manovra:

Posizione supina del paziente, cloroformizzazione.

Rottura con abili e pazienti manovre dei legami nuovi, delle false aderenze con movimenti di rotazione in dentro ed in fuori alternativamente; manovra che è riuscita benissimo, come dallo schricchiolio speciale avvertito, ripetute volte, anche a distanza.

Controestensione, fatta nel modo anzidetto.

Trazione: non avendo la clinica uno degli apparecchi a trazione continua, il Professor D'Antona ne improvisò uno nel seguente modo;

a) fasce bagnate applicate sull' apparecchio a gesso sopra descritto (eseguito il giorno innanzi) in modo da formare un ansa molto forte.

b) passaggio a traverso di quest'ansa di fasce, dell'estremità di una corda, la quale, coll' altro estremo passava su di un sistema di carrucole, fissato ad un sostegno di ferro. Su di essa, mentre il braccio era mantenuto un po' indietro ed abdotto si faceva da un assistente una trazione lenta ma continua. La forza si trasmetteva a traverso la carrucola sul braccio. Tra il punto di presa e questa potenza (nel mezzo cioè della corda) si trovava un manometro che segnava la forza di trazione.

Frattanto da un altro assistente l' antibraccio era mantenuto fisso in semiflessione per impedire la possibile rottura dell'apparecchio ingessato, mentre il Prof. D'Antona seguiva colla mano e coll' occhio il distacco della testa omerale. La pelle era abbastanza distesa ed il manometro segnava 80 chilogrammi: quando il capo omerale parve al Professore che

fosse già disimpegnato da sotto il becco coracoideo, ad un suo cenno, fu fatto scappare l'uncino di trazione; ed egli colla mano sinistra tenuta fortemente contro la testa omerale, colla diritta prendendo il braccio in pieno, mercè energico movimento combinato, fece in modo che tutto l'arto fu rapidamente portato in avanti e leggermente rotato in dentro. E fu veramente bello e sorprendente la riconduzione completa della testa omerale sotto la volta acromiale. Di poi fu fatta una fasciatura, col braccio fortemente addotto, e fu lasciata in sito per parecchi giorni.

L'infermo non ebbe alcuna elevazione di temperatura nei giorni consecutivi all'operazione e si lagnava solo d'una certa dolentia nel braccio la quale ben presto scomparve anche essa, tanto da rendersi possibili dei metodic e regolari movimenti nell'articolazione.

Finalmente il 7 maggio fu cloroformizzato ancora una volta, ed impressi dei movimenti in tutti i sensi alla testa dell'omero; assicuratici che questi erano perfettamente liberi, l'infermo fu licenziato dalla clinica perfettamente guarito.